



TITLE:

現代アメリカの医療産業複合体と 病院

AUTHOR(S):

高山, 一夫

CITATION:

高山, 一夫. 現代アメリカの医療産業複合体と病院. 調査と研究: 経済論
叢別冊 2000, 19: 10-29

ISSUE DATE:

2000-04

URL:

<https://doi.org/10.14989/44493>

RIGHT:

現代アメリカの医療産業複合体と病院

高 山 一 夫

はじめに

21世紀を目前にひかえて，日本の医療制度にも改革の波が押し寄せてきた。医療サービスを効率化し，国民医療費の増加率を適正化することで，超高齢社会にむけた医療制度を構築すること，いわゆる「医療ビッグバン」の到来である。具体的施策の点で注目すべきは，国立病院等の急性期入院医療に対する疾病群別定額支払方式の試験的導入や，医療機関の情報公開および情報共有化，そして保険者機能の強化など，1980年代にアメリカ合衆国で試みられた諸政策が，部分的にはあれ踏襲されていることである。視点を病院経営に移せば，過半数を超える病院が赤字経営に転落する一方で，診療報酬制度の改変や公的介護保険制度の創設等に機敏に対応し，むしろ事業機会をみいだす経営体もみられる。病院経営の全般的悪化と一部の複合的医業経営体の台頭という現象もまた，80年代を通じて，合衆国でひろく経験されたことである。それゆえ合衆国の医療制度および医療産業を検討することは，日本における医療の今後を考えるうえで，資するところが多いと思われる。

それでは，合衆国における医療産業は，同国経済においてどの程度の位置を占めているのであろうか。ここで医療産業（healthcare industry）とは，病院や診療所等の医業経営体だけではなく，医薬品や医療機器産業，さらには医療保険業や医業経営体に対する各種サービス業など，極めて広範な産業諸部門を包含する用語である。センサス局の『1992年サービス産業センサス』と医療財政庁『国民医療費』とを用いて，1992年時点での合衆国医療産業の規模を概括してみよう¹⁾。まず医業経営体の市場規模は

6200億ドルであり，病院がその半分を占めている。次に関連産業諸部門の規模であるが，「国民医療費」の該当項目に加え，医療機関の支出項目中「その他営業費用」と「固定資本形成」とを併せて，おおよそ3000億ドルと概算できる。うち医薬品部門は670億ドル，医療機器部門は370億ドルの規模である。1992年の国民医療費総額は8200億ドルで，同年の国内総生産の13.6%を占めており，労働者総数でも国内総労働者数の8.7%を占めていることから，医療産業は，合衆国内で最大規模を誇る産業であることがわかる。以上は量的側面からの概括であるが，質的側面においては，医療産業は，先端技術の大規模な充用を前提とし，またこれを支える国家財政に大きく依拠するという特徴を有している。それゆえ，医療産業は，アメリカ資本主義の構造を考えるうえでも，いまや不可欠の分析対象であるといえよう。

医療産業に着目して医療のあり方を論ずる研究として，医療産業複合体論（Medical-Industrial Complex）があげられる。医療産業複合体論は，1970年代初頭に，軍産複合体概念を医療分野に転用したものととして登場した²⁾。すなわち，一方において，医療提供が個々の開業医による単独診療から病院や医学教育機関など

1) U. S. Department of Commerce, *Census of the Service Industries*, 1992 および U. S. Health Care Financing Administration, *Health Care Financing Review*, spring 1996.

2) 医療産業複合体概念は，ジャーナリズムと，ラディカル派の立場に立つ研究機関，Health Policy Advisory Committee (Health PAC) の研究者達とによって，はじめて用いられた。Meyers, H. B., "The Medical Industrial Complex," *Fortune*, 81, Jan. 1970, p. 90ff, および, J. & B. Ehrenreich, *The American Health Empire : Power, Profits, and Politics*, Random House Inc., 1970.

に集約されるとともに、他方において、医薬品や医療機器などの関連諸産業が急速な成長をとげ、医療界と産業界との両者が利害を一致させつつ、医療産業複合体を構築したというのである。

ところが1980年代に入ると、医療産業複合体論は、専ら企業形態をとる医業経営体に着目する研究へと変容する³⁾。すなわち、病院経営会社をはじめとする多様な営利医療機関が、医師を巻き込みつつ診療過程に大きな影響力を行使するようになり、医療の質と公平性が損なわれつつあるというのである⁴⁾。

第一の医療産業複合体論では、医療界を関連諸産業と対等にコンプレックスを形成する主体として位置づけられているのに対し、第二の議論では、医療提供部面そのものまでもが企業形態をとる医業経営体の掌握下におかれつつあると主張されている。両者のこの理論的相異は、無視することができないように思われる。というのも、医療産業が医療行為を目的とした結果とする諸産業部門の連関を基礎とする以上、医療提供部面に対する統轄権限の所在を明らかにすることは、医療産業の構造分析に際して不可欠の論点をなすからである。そこで本稿では、医療提供部面における統轄権限の所在と内容の変遷を実証的に追求することを課題にしたい。

3) この「新しい」医療産業複合体論は、『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』誌の編集長レルマンによって初めて論じられた。Relman, A. S., "The New Medical-Industrial Complex," *New England Journal of Medicine*, 303, 1980, pp. 963-970, 参照。なお、レルマンは、「これらの企業はしばしば『医療産業複合体』の一部分をなすものとして語られてきたが、筆者はかれらに対して何の不安も持っていない……もっと言うならば、資本主義社会においては、医薬品や医療機器を民間で製造する他の方法は存在しない」(p. 963)として、「古い」医療産業複合体論を批判している。

4) 「新しい」医療産業複合体論から、医療企業化論(Corporate Transformation)や、営利および非営利医業経営の比較研究が導かれた。医療企業化論の代表的文献として、Salmon, J. W. ed., *The Corporate Transformation of Health Care I & II*, New York, Baywood Pub. Co., 1990 & 1994 参照。また、最初の本格的な営利医業経営体研究として、Institute of Medicine, *For-Profit Enterprise in Health Care*, Washington, D. C., National Academy Press, 1986 を参照されたい。

この課題に接近するために、本稿では、次の二つの分析視角を定める。第一に、経済学の立場から、統轄権限の内容および主体の変遷を、診療過程そのものの変容と関わりながら分析することである⁵⁾。それゆえ主要な分析対象は、主たる医療行為者である医師と、診療過程の総括であり実存様式である医業経営体とくに病院とに設定される。関連産業諸部門や医学教育機関は、診療過程のあり方そのものと関わる限りでのみ取り扱うことにする。第二に、診療過程そのものが医学研究面でも費用負担面でも国家財政に大きく依存することをふまえて、関連する連邦政府の医療政策をも併せて検討することである。

以上を念頭に置きつつ、本稿では、次の構成で議論をすすめる。まず第 I 節において、20 世紀初頭における医師・病院関係の形成をふまえて、医師による統轄の形成過程を論じ、次いで第 II 節では、第二次世界大戦期以降に形成された財政支出の枠組みがもたらした診療過程の変革と、その帰結として医師による統轄の分断を述べ、最後に第 III 節では、診療過程の経

5) 医師が有する「権限」あるいは「支配」に関しては、医療社会学の立場からする研究が蓄積されている。最も包括的な研究としてポール・スターの研究をあげることができよう。Starr, P., *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, Basic Books, 1986. その基本的な視角は同書 p. 4 に要約されている。「医療史は、進歩をあらわす叙事詩として述べられてきたが、しかし、それは同時に、力と権威との新たなヒエラルキー、新たな市場、そして信念や経験の新たな枠組みがもたらした、社会経済的な闘争の産物でもある」。とはいえ、キー概念としてスターが構成した「医療専門職による支配」(sovereign profession)は、ウエーバーの「支配」(die Herrschaft)を批判的に取り込みつつも、むしろスターに独自の「文化的権威」(cultural authority) — 専門家としての「優越的能力」による他者からの「依存」ないし「正統性」の獲得 — に重きを置いた概念であり、広範な事象を包含しつつも極めて抽象的である。それゆえ多くの歴史的事象が、文化的権威に対する挑戦とそれに対する医療界の対抗という形式で、図式的に処理されるという難点をもつ。経済学の理論からは、医師の「権限」や「支配」は、診療過程の特質とそれに由来する統轄権限の有り様を基礎として把握しなければならない。この点に関しては、尾崎芳治『経済学と歴史変革』青木書店、1990年、とくに「資本関係と歴史変革」の章を参照されたい。

営的再結合によってその総括主体として立ち現われつつあるヘルスケア・システムに着目する。

I 合衆国における医師職種および近代病院の形成

19世紀に至るまでの時期、侍医の伝統をもたない合衆国では、欧州から移民してきた外科医、薬剤師や彼等の徒弟として訓練をうけた者のほか、「医師」と自称して活動する者も多かった⁶⁾。医師資格や医学教育が制度的に未整備であったばかりでなく、近代医学そのものも未確立だったからである⁷⁾。この時期における医師の基本的な診療スタイルは、聴診器やメスなどの簡単な道具を片手に馬車ないし徒歩で往診に行くというものであり、移動が医師の生活の大部分を占めていた。

病院もまた、18世紀になってニューヨーク、ボストン、フィラデルフィアといった港湾都市や商業都市に開設されたとはいえ、伝染病患者や精神疾患患者を長期間にわたり隔離収容する慈善的なし宗教的施設にすぎなかった。これらの「病院」では、清掃・洗濯・給仕さらには看護すらも、患者すなわち入所者に義務として課せられていた。また病院の財政が寄附収入に依存していたため、地域の名望家から構成されるトラスティの権限が強大であり、入院の許可権までもが彼等の手中にあった⁸⁾。南北戦争を

境に病院は急性期医療施設としての性格を備えはじめるが、1873年の全国病院施設調査では病院施設を利用する権利を有していた医師は全医師の2%にすぎなかった。病院施設を用いた医療行為はいまだ一般的ではなかったのである。

医師という職種が確立するのは、20世紀初頭である。細菌学説の登場を画期として近代医学が科学の一分野を占めるようになるとともに⁹⁾、1893年のレジデント制度導入(ジョンズ・ホプキンス大学)を端緒とする大学病院での臨床教育の開始や、1910年フレクスナー報告をうけた私立医学校の淘汰と教育水準の抜本的改善によって、医学教育も改革された。医師資格制度も1890年代から整備され、各州で医師免許法が成立した。こうして、近代的な医師職種が合衆国において形成され、彼等によって1901年にアメリカ医師会が再結成されたのである¹⁰⁾。

医師職種の形成と同時期に、病院もまた急性期医療施設へと変化した。この変化は、近代的看護の確立と外科手術面での進歩によってもたらされた。近代的看護はクリミア戦争(1853-56年)に従軍したナイティンゲールによって創出されるが、合衆国では看護学校が1883年にニューヨーク、ニューヘブレン、ボストンにおいて設立され、中流階層の婦女子を人的供給源とする看護職種が成立する¹¹⁾。外科手術面でも、

6) 19世紀中葉までのアメリカ医療に関しては、Shryock, R. H., *Medicine and Society in America: 1660-1860*, Cornell Univ. Press, 1960を参照。

7) 医師免許制度は1760年のニューヨーク市医師免許法を嚆矢として19世紀初頭までに各州で一旦は成立するが、1850年代までに全て廃止されてしまう。医学学校は1820年代にその起源を溯ることができるとはいえ、その教育水準はきわめて低かった。近代医学そのものが、インディアン・ドクターをはじめとする民間療法や、トムソニアン、ホメオパシーなど、今日でいう「代替医療」(alternative medicine)と併存する一学派にすぎなかった。近代医学と「代替医療」との闘争に関しては、Rothstein, W. G., *American Physicians in the 19th Century: From Sect to Science*, Johns Hopkins Univ. Press, 1985を参照。

8) 例えば、1875年ニューヨークのプレスビテリアン病院で、トラスティの入院許可権に反対した医師5名が解雇された。Starr, *op cit.*, p. 161.

9) 近代医学の歴史的形成過程に関しては、川喜多愛朗『近代医学の史的基盤(上・下)』岩波書店、1977年が最も包括的である。また、帝国主義諸国の植民地支配こそが細菌学とそれに基づくワクチン・薬剤開発を必要たらしめたことは、イギリスが第一次世界大戦の賠償としてドイツにもとめた品目の上位に、アフリカ睡眠病の特効薬をあげたことにも示されている。野村拓「20世紀医療史第1回：20世紀の始まりーボーア戦争」『月刊保団連』No. 465, 1995年1月, 30ページを参照。

10) アメリカ医師会は19世紀半ばに結成されていたが、1901年以前は組織面、財政面ともに貧弱であった。

11) ただし19世紀を通じて、看護婦の業務は訪問看護ないし在宅ケアが主流であった。合衆国では1880年代に訪問看護団体が組織されはじめ、1900年には115の訪問看護協会が誕生し、特に貧困層の病人を対象とした。病院看護が看護婦の主要業務となるのは20世紀にはいつてからであり、それに応じて看護学校数も1890年の36校から1900年432校、1910年1,129校、1920年には1,775校へと急増している。野村拓「20世紀医療史第4回：在宅・訪問看護」『月刊保団連』No. 471, 1995年4月, 42-43ページを参照。

X線検査・消毒法・麻酔術の進歩によって、在宅手術 (kitchen surgery) から病院外科手術への置き換えが急速に進行した。細菌学説とそれに基づく無菌法が、院内感染の危険性を軽減し、術後死亡率の劇的な低下をもたらしたためである。

検査施設と手術室との利用、およびそれを反映した放射線医 (レントゲン) および病理医との協業の必要性という診療過程の変革は、病院の利用を医療行為としての不可欠の要件とする¹²⁾。いまや病院に対する医師の小経営主的自立性が脅かされはじめたのであり、それゆえに医師によって、病院内での医療行為に対する自らの統轄権限の確立を求める闘争の口火が切られることになった。多くの医師にとって病院の開設が容易ではなかったことから¹³⁾、自らを病院との雇用関係に置くことなく病院施設の利用権を獲得すること、したがって入院許可権をはじめとするトラスティの支配を打倒すること、これが闘争目標とされたのである。1906年に Bayard Holmes が『アメリカ医師会雑誌』に掲載した論説の一節を引用しよう。シカゴの開業医で社会主義者でもあった Holmes は、産業革命によって独立した職人たちが道具も財産も失い、単なる機械の付属物へと転化したこと

をふまえて、医師もまた賃労働者化の瀬戸際にいると主張する。「病院とは、本質的に医療の重装備化 (armamentarium of medicine) の一環である。……もし我々が商業主義の奴隷になることを避け、道具を持たない賃労働者の運命を避けようと欲するならば、我々は、病院を統轄しなければならない」¹⁴⁾。

医師によるトラスティ支配に対する闘争と同時期に、病院の経営管理業務を担う病院管理者側からも、トラスティ支配に対する闘争が開始された。19世紀末の世界的不況がもたらした病院財政の危機が、寄附収入から料金収入への転換を余儀なくさせることでトラスティによる病院支配の経済的基盤を掘り崩すとともに、検査や手術のための設備投資や入院患者数の増加が、新たに経営管理諸業務の自立化と専門化を促したからである。会計・入退院管理・投資計画などの事務・財務部門、薬局・検査室・手術室等の施設や備品の管理部門、さらに清掃・洗濯・給食などの補助的サービス管理部門といった経営管理組織が新たに設置され、これらの経営管理機能を統轄する存在として病院管理者層の権限が強大化しはじめた。病院管理者たちは、1899年に病院管理者の団体である Association of Hospital Superintendents¹⁵⁾を結成し、医師と共同で、「病院経営近代化」を目指す論陣を張ったのである¹⁶⁾。

12) 実業家や化学者によって、病院とは独立した検査施設も設立されたが、しかし1925年時点でも、これら施設は全検査施設の14%に過ぎなかった。Starr, *op. cit.*, pp. 221-222 参照。独立検査施設の不振の一要因として、1918年に発足した American College of Surgeons (ACS) が、Malcolm T. MacEachernの指導の下に精力的に進めた病院施設評価 (病院標準化プログラム) において、検査が病院の検査施設で病理医の監督下で行われるべきと規定されたことが指摘できる。なお ACS は、1951年に設立された病院評価合同委員会 (JCAH。1986年に JCAHO に名称変更) の母体の一つである。

13) ただし西部諸州においては、医師—主に外科医—たちにより、個人病院も開設されていた。また、病院ではなく、複数の外科医や内科医が協同で診療所を設立するグループ・プラクティスも、中部あるいは西部諸州において、数多く形成された。これらグループ・プラクティスの代表格が、ミネソタ州ロチェスターに本拠を置くメイヨー・クリニックである。しかしグループ・プラクティスは、医師集団内部に雇用関係を持ち込むものであったことから、1920年代には減少に転じ、専門医化が一層進展した1970年代以降、再び増加する。

14) Holmes, B., "The Hospital Problem," *JAMA*, 47, 1906, p. 320.

15) 同団体はアメリカ病院協会の前身である。アメリカ病院協会への名称変更は、1908年に行われた。

16) 1910年代における病院経営近代化論は、『ホスピタル・レジスター』や『モダン・ホスピタル』(後者は『モダン・ヘルスケア』の前誌である) に数多く掲載されている。当時の論説を復刻収録したものとして、E.T.Morman, ed., *Efficiency, Scientific Management and Hospital Standardization*, Garland Pub., 1989を参照されたい。書名から推察されるように、当時の論壇における主要な思想的背景のひとつはテイラーリズムであり、テイラーの高弟 F. ギルブレス自身も論説をいくつか発表している。なお病院における経営管理部門の形成に関しては、Howell, J. D., *Technology in the Hospital: Transforming Patient Care in Early Twentieth Century*, The Johns Hopkins Univ. Press, 1995, 特に pp. 30-56に簡潔にまとめられている。

こうして医師と病院管理者との双方からそれぞれの権限確立が模索され、世界的大恐慌に端を発した1930年代の深刻な病院財政危機を経て、トラスティの支配は最終的に終止符を打たれるに至った¹⁷⁾。管理者と医師とがそれぞれ経営管理部門と診療部門とに対する権限を分立する構造、いわゆる「権限の二系統」が確立し、以後、合衆国の病院組織に独自な特徴として一般化したのである¹⁸⁾。

医師は、いまや病院の「医療スタッフ組織」(medical staff organization)に加わることで、病院と雇用契約を結ぶことなく、施設利用権(clinical privilege)を取得できるようになった。それゆえ医療スタッフ組織に加わる医師数は増大し、1928年には全医師の約三分の二が医療スタッフとして施設利用権を獲得するまでになった。同時に、病院での医療行為に対して、病院への支払とは別個に患者から料金を徴収すること(医師技術料)が認められるようになることで、医師は、積極的に契約病院で検査や治

療を行うようになる。病院施設に依存した医療行為が次第に一般化するとはいえ、雇用関係を介さず独立した開業医として、医師は病院診療部門の統轄権限をも掌握する¹⁹⁾。こうして医師は、医師診療所と病院診療部門の双方において、診療過程の統括者として立ち現われることになった。

II 医療財政支出と医師による統轄の後退

1 医学研究支出の開始とその影響

合衆国では伝統的に保健・医療は州あるいは地方政府の管轄下におかれてきた。例えば医療保険法や医師免許法は現在なお州法であり、一般の公立病院も州および地方政府が開設・運営してきた。連邦政府の権限は、軍や刑務所、原住民などに対する保健・医療サービスの提供に限られていた。1929年恐慌を背景として成立した1935年社会保障法においても公的皆保険制度の創出は見送られた。しかし第二次世界大戦を画期として、連邦政府による大規模な医療財政支出が開始されることになった。以下では、診療過程の変革に影響を与えたものとして、医学研究を取りあげることにする。

1900年から1940年にかけての時期、医学研究は主として民間に依拠していた。基礎研究の大半が大学で行われ、その費用は各種財団の助成金や一般寄附で賄われた。ただし応用研究は1920年代に形成された医薬品企業によって担わ

17) 合衆国における近代病院の形成史に関しては、Rosenberg, C. E., *The Care of Strangers*, The Johns Hopkins Univ. Press, 1987, Rosner, D., *A Once Charitable Enterprise: Hospitals and Health Care in Brooklyn and New York 1885-1915*, Princeton Univ. Press, 1982, Vogel, M. J., *The Invention of the Modern Hospital*, Univ. of Chicago Press, 1980, をさしあたり参照されたい。またトラスティは、形式的にはその後も存続しているが、診療部面、経営管理部面の双方に対して、何ら具体的な権限を有してはいない。トラスティは数十人、時には百人におよぶ各界の名士から構成され、経営管理部の代表者を除き、すべてボランティアである。またトラスティの会合は、年に1回ないし4回程度開催される。

18) 「権限の二系統」に関しては、Smith, H. L., "Two Lines of Authority are One Too Many," *Modern Hospital*, 84, 1955, pp. 59-64, Perrow, C., "Goals and Power Structures" in *Hospitals in Modern Society*, ed. by Freidson, E., New York, The Free Press, 1963 を参照されたい。ペローは、病院における権限構造に関して、①トラスティ優位の時代(1885-1929)、②医師優位の時代(1929-1942)、③管理者の挑戦(1942-1952)、④多元的リーダーシップ(1952-1958)の4つの時期区分を行っている。ただしこれは一病院(the Valley Hospital)に関して1957-58年に行った調査に基づくものであり、病院全体の趨勢を論じたわけではない。また同病院に即して考えれば、1940年代の医師側と管理者側との対抗関係を経て、50年代に「多元的リーダーシップ」すなわち「権限の二系統」が確立されたと理解できる。

19) なお、麻酔医や病理医等、診療所を開設せず、それゆえに自分の患者をもたない医師の場合は、例外的に病院勤務医であった。ただし病院に依拠するこれらの専門医もまた、1930年代末より、賃金ではなく技術料を徴収することになる。Stevens, R., *American Medicine and the Public Interest, Updated Edition with a New Introduction*, Univ. of California Press, 1998. 特に pp. 225-231 を参照。また公立病院や軍病院の場合、医師は病院と雇用関係を結ばなくてはならず、それゆえ多くの医師から敬遠された。公立病院、とくに大都市の中心部に立地し患者の大半が貧困者や移民からなる病院の場合、勤務医の過半を留学生(International Medical Graduates)に依存しはじめ、第二次世界大戦以降、これが顕著になる。J. & B. Ehrenreich, *op. cit.*, Ginzberg, E., H. Berliner and M. Ostow, *Health Care of the Poor: The New York City Experience*, Transaction Publishers, 1997 などを参照。

れた。医薬品企業は化学者や医学者を雇用し自前の研究所で医薬品の開発・製造をすすめたが、しかしこの時代にあっては発達した化学産業を有するドイツやイギリスが世界市場をリードしていた。連邦政府による医学研究支出は、農務省が管轄する研究の関連分野として支出されたものの他は、伝染病の克服を目的とする公衆衛生局—当初 Marine Hospital Service とよばれた—に対する支出に限られていた²⁰⁾。

医学研究に対する連邦政府の積極的な関与は、第二次世界大戦への参戦とともに始まる。1941年7月、ルーズベルト大統領は科学研究・開発庁 (Office of Scientific Research and Development) の設立を指示し、科学研究面での総動員体制を構築した。同庁は、国防研究委員会 (National Defense Research Committee) と医学研究委員会 (Committee on Medical Research) との二つの委員会から構成された。国防研究委員会は、マサチューセッツ工科大学元学長 Vannever Bush の指揮のもと、マンハッタン計画を推進していく。他方、医学研究委員会の長はペンシルヴェニア大学副学長 A. N. Richards であり、同委員会はペニシリンの大量製造技術の確立を主たる研究課題とした。

20) 1930年代までは農務省が連邦科学政策の拠点省庁であり、議会も農業関連の研究資金に対しては積極的に支持した。そして1906年連邦食品・医薬品法によって誕生した化学局が農務省内に設置されたことから、薬理学・獣医学等の医学関連領域の研究が農務省予算において執行された。特に土壌化学研究はグラミシジンやストレプトマイシンといった抗生物質に関する研究をもたらし、後のペニシリンを導く役割を果たした。また公衆衛生局は、船員病院 (Marine Hospital) を史的淵源とする。合衆国の公衆衛生は港湾防疫から出発したのであり、1798年に制定された最初の公衆衛生立法 (An Act for the Relief of Sick and Disabled Seamen) によって Marine Hospital Service (MHS) が財務省の管轄下に組織された。1887年、ニューヨークの船員病院に衛生研究室が設けられたが、1902年に州際商業における血清・ワクチンを検査し改善する権限が MHS に付与されるに伴い、衛生研究所は連邦補助金を用いて細菌学、病理学、化学、薬理学、獣医学等の研究を行いはじめた。国立衛生研究所は、この衛生研究所を前身としており、1930年および41年の改組を経て、48年に厚生省 (Dept. of Health, Education and Welfare, 現在の Dept. of Health and Human Services) の管轄下に発足した。

医学研究委員会は、450の大学を含む600あまりの団体および企業と提携し、1500名の医師を含む5500人の研究者および技術者を動員した。支出総額は2400万ドルに達した。A. N. Richards が戦後の1946年に行ったスピーチでは、次のように語られている。「ひとつの目的が皆に共有されていた。つまり、既存の知識の適用範囲を増やすことで、野営地や輸送車、船上、あるいは北アフリカの砂漠、熱帯のジャングル、北極といった戦地のどこにおいても、傷病、露出および疲労から、兵士を保護することであった。われわれが取り組んだ課題は以下のようなものである。インフルエンザ、肺炎、赤痢、壊疽からの保護。連鎖球菌による感染症や性病に対する予防および治療。マラリアの治療に必要なキニーネが日本に奪われたため、その代替物を発見しまた利用すること (以下、省略)」²¹⁾。この引用が端的に示すように、医学研究委員会は、軍事的必要性の観点から既存の医学的知識を応用することをその主要目的としていた。なかでもペニシリン生産技術の開発は、キニーネの原産地が日本に掌握された状況下で、感染症による兵力の損耗を克服する手段として最重要の位置づけがなされていたのである。

医学研究委員会は終戦とともに解体されるが、その研究プロジェクトの多くは国立衛生研究所 (National Institute of Health) に移管され、また戦中・戦後に新設された多くの国立研究所がその管轄下に組み込まれることで、国立衛生研究所を中心とした医学研究体制が構築された。合衆国における医学研究支出の推移をまとめた第1表からは、第二次世界大戦以降も医学研究に対する財政支出は膨張を続け、1970年には連邦政府のみで6割近くを占めるまでになったことがわかる。

戦時中における大学の動員はすでに述べたが、国立衛生研究所もまた1944年以降、助成金 (grant) を交付し、大学医学部や医科大学等へ研究を委託しはじめた。外部委託制度は戦後も

21) Richard, A. N., "The Impact of the War on Medicine," *Science*, 103, May 10, 1946, p. 576.

第1表 医学研究支出の推移

支 出 額 (百万ドル)	1950年	1960年	1970年	1980年	1990年	1995年
政 府 合 計	74	494	1,837	5,203	11,416	15,846
連 邦 政 府	74	448	1,667	4,723	9,791	13,423
州・地方政府	0	46	170	480	1,625	2,423
産 業	51	253	795	2,459	10,719	18,645
そ の 他 民 間	36	139	215	305	960	1,325
総 計	161	886	2,847	7,967	23,095	35,816
構 成 比 (%)	1950年	1960年	1970年	1980年	1990年	1995年
政 府 合 計	46.0	55.8	64.5	65.3	49.4	44.2
連 邦 政 府	46.0	50.6	58.6	59.3	42.4	37.5
州・地方政府	0.0	5.2	6.0	6.0	7.0	6.8
産 業	31.7	28.6	27.9	30.9	46.4	52.1
そ の 他 民 間	22.4	15.7	7.6	3.8	4.2	3.7
総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注:「産業」には、医薬品の研究・開発費も含まれている。

出所: DHHS, *Health, the United States, 1998*, p. 358, Table 130, より作成。

ただし1950年の数値は、広井良典『アメリカの医療政策と日本』勁草書房、1992年、78ページ、表2-16に依った。

継続し、1950年の NIH 予算4630万ドルのうち、約三分の一が外部委託研究の助成金として支出されている²²⁾。こうして連邦政府から国立衛生研究所へ、さらに同研究所から各大学へという資金の流れが生み出された。この資金経路を通じて大学の財政規模は膨張し、州立大学も含めた一校あたり平均で、1940年から70年の期間に30倍にもなった²³⁾。

医学研究の蓄積は、医学そのものを単一の学問分野から解剖学・生理学・生化学・微生物学など多様な分科の集合体へと変質させた。同時に、大学における医学研究重視の風潮は医学教育面にも影響を与え、大学は次第に専門医の養成に力点を移しはじめた。第二次大戦以前は、ほとんどの医師が学部卒業後1年間のインター

ン経験のみで開業していたのに対して、1950年代には、学部卒業生はインターン終了後さらに最低3年間のレジデントを経験し、専門医になるための卒後臨床教育を受けるようになった²⁴⁾。

大規模な医学研究支出は、医学教育を変貌さ

24) *ibid.*, pp. 348-377. なお卒後教育の拡充は大学と病院との関係を緊密なものにした。合衆国では、1893年のジョンス・ホプキンス大学医学部における臨床教育制度導入を模範として、いわゆるジョンス・ホプキンス・モデル、大学とは別の経営体である教育病院において臨床教育を施す方式が一般的であり、大学付属病院はほとんど開設されていない。また一つの大学が複数の教育病院と提携することも多い。卒後臨床教育が盛んになることで、幾つもの教育病院がいわば親組織としての大学に包含されていき、特にニューヨーク、シカゴ、フィラデルフィアなどの大都市では、市内に存する病床の半数以上が大学の管理下に置かれるまでになった。またこれらの大学は、地域医療計画を担当する行政機関とも密接な関係を有していた。エーレンライヒは、その医療産業複合体論において、医療界に大学を頂点とする支配構造(ヘルス・エンパイア)が構築されたと論じた。J. & B. Ehrenreich, *op. cit.* 特に3-5章参照。とはいえ、この現象は大都市部、特にニューヨーク市において見られた局所的な現象であり、開業医の多くは都市郊外で開業することで、医科大学と提携関係を持たない一般の地域病院において自らの診療権限を保持することができた。また地域医療計画も1980年代に縮小されはじめ、1986年に全面的に廃止された。

22) 1940年から50年までの医学研究支出に関しては, Edicott, K. M. and E. M. Allen, "The Growth of Medical Research 1941-1953 and the Role of Public Health Service Research Grants," *Science*, 118, Sept. 25, 1953, pp. 337-343 を参照。医学研究支出の「生産性」についても分析するために、医学者数 (Academic Medical Scientists) と並んで雑誌掲載論文数を指標にとった点は、非常に興味深い。

23) Stevens, *op. cit.*, p. 351.

せただけでなく、とくにその応用（臨床）研究面での成果を通じて、産業界に対する技術的基盤の提供者としても機能した。この点で最も利益を受けたのは、医学研究の当面の成果が生物製剤であったことからわかるように、医薬品産業であった。アメリカ医薬品産業は、抗生物質の大量生産技術を基盤として、1950年代には世界市場で圧倒的な地位を占めるまでに成長した。しかし医療機器の分野でも、後の核医学装置や集中治療室、電子医療機器などに繋がる研究が進められていた。医学研究委員会以来、数学や物理学を医療へ適用する研究が行われ、また戦後の原子力開発と宇宙探査とがエレクトロニクス・熱力学・材料工学等を進歩させていたが、これら両者が結合することで、1960年代から70年代にかけて新たな医療機器が次々と誕生することになる²⁵⁾。

2 1965年社会保障法と医療関連産業の発展

1950年代に確立した医学研究を中心とする医療財政支出の構造は、1960年代にはいり転換を迫られることになった。ケネディ、ジョンソン両民主党政権は、国内の分裂的状况に対処しつつ、アメリカ経済を活性化しなければならなかった。医療政策では、医学研究面での財政支出が抑制される反面、1965年社会保障法において新たな財政支出の枠組みが創出され、国内医療市場を拡大する方向での政策転換がなされたのである。

1965年社会保障法（Social Security Act of 1965）は、ジョンソン政権によって国内慰撫政策の支柱として位置づけられた。医療政策では、高齢者医療保険制度メディケア（タイトル X VIII）および貧困者医療扶助計画メディケ

イド（タイトル X IX）が新たに創設され、連邦政府による医療費支払面での財政支出が開始された²⁶⁾。制度の対象者が高齢者や貧困者など、当時は無保険状態のまま放置され、受診が困難な医療困窮者（medically needy）に限定されている点に、同法の社会政策立法としての性格が端的に示されている²⁷⁾。対人医療費の支払者別構成比の推移をまとめた第2表からは、1965年社会保障法以降、政府支出とりわけ連邦政府支出が一気に膨れ上がり、1960年から1980年の20年間に構成比で20ポイントもの伸びを見せたことが分かる。

しかし1965年社会保障法は、社会政策的性格に加えて、国内経済政策としての性格をも有していた。1950年代後半に経済成長率が鈍化するなかで、65年社会保障法を通じた医療への財政支出は医療関連諸産業の創出と拡大再生産をもたらし、経済活性化に寄与したのである。第一に、資本費用も含めた費用償還制度を通じて、

26) 合衆国における医療保障制度は、歴史的に、企業福祉を軸として発展してきた。医療保障の起源は、1880-1920年代において鉄道業、林業、鉱業などの企業で形成された救済組合（労災給付）に求めることができる。労災保険法は各州政府によって1910年代末までに整備された。救済組合は医療サービスの現物給付を行ったが、企業が産業医の選択権を有し、また労災訴訟の権利を労働者に認めないため、労働組合は救済組合の設立に反対し、現金給付を要求した。1920年代には特に大企業において企業福祉が拡大し、労働力の馴致と資本の指揮権の確立とが図られたが、1929年恐慌を境に解雇される労働者が激増し、企業福祉は機能不全に陥った。1935年社会保障法は、失業対策を主要課題としたため、公的医療保険制度の創出を見送った。公衆衛生学の泰斗 C. E. A. Winslow が参加したアメリカ医療費委員会（Committee on the Costs of Medical Care）もまた、その最終報告書で公的医療保険制度を「時期尚早」と論じていた。こうして合衆国では、公的医療保障制度ではなく、企業福祉の一環としての医療給付が大戦後も継続し、1950年代末には労働者とその家族の多くが企業の提供する医療保険に加入するようになった。しかしこの仕組みでは、企業間で給付格差が生じ、また高齢者や貧困者が無保険者として放置されることになる。したがって、高齢者と貧困者を対象とした1965年社会保障法は、企業福祉を通じた医療保障をいわば補足する制度であった。

27) なお貧困者に対する医療の面では、メディケイド創設に加えて、経済機会局（Office of Economic Opportunity; OEO）の下に、ネイバーフッド・ヘルスセンター等が都市の貧困地区に設立された。

25) Blume, S. S., *Insight and Industry*, MIT Press, 1992, pp. 72-73. なお、科学研究・開発庁（OSRD）に典型的に示されるように、医学研究と軍事研究とは互いに密接な関係を有していることをふまれば、米ソの軍事対立を、戦後の医学研究—ひいては科学研究一般—に対する財政支出の一要因であると考えられるように思われる。合衆国の戦後の科学政策を方向づけた『科学：おわりなきフロンティア』（*Science-The Endless Frontier*）は、他ならぬ Vannevar Bush によって提出された。

第2表 対人医療費の支払者別構成の推移

	1929年	1940年	1960年	1980年	1996年
対人医療費(10億ドル)	3.2	3.5	23.6	217.0	907.2
支払者別構成比(%)					
民間支出合計	91.0	83.9	78.3	59.9	54.6
患者自己負担	88.4	81.3	55.3	27.8	18.9
民間医療保険	—	—	21.2	28.6	32.2
その他	2.6	2.6	1.8	3.6	3.5
政府支出合計	9.0	16.1	21.7	40.1	45.4
連邦政府	2.7	4.1	9.0	29.2	35.6
州・地方政府	6.3	12.0	12.6	10.9	9.9

注：1929年と1940年の患者自己負担は民間医療保険との合算である。

出所：DHHS, *Health, the United States, 1998*, p. 352, Table 124, より作成。

病院は技術集積の度合いを急速に高めた。医療機関の経営余剰を保障するために営業費用償還額の算定に総括原価方式が用いらただけでなく²⁸⁾、資本関連費用償還額も病床稼働率に関わりなく算定されたからである²⁹⁾。医療機関に対する購買力の付与は、第二に、医薬品・医療機器産業の急成長をも実現した。医薬品及び医療機器の出荷額の年次別推移をまとめた第3表からは、医薬品出荷額が、1960年代では年平均14.5%、70年代には19.3%も伸び、医療機器はそれぞれ15.6%、43.3%の増加をみせたことがわかる。

製品市場が国家財政に裏打ちされることで、他産業部門からの資本参入も行われた。1965年社会保障法施行時の主要企業に目を向けると、

Baxter International 社, Abott Laboratories 社, American Home Supply 社, Johnson & Johnson 社など、在来型の医薬品・医療機器企業に加えて、製紙産業、コンピュータ産業さらにはたばこ産業からも参入していたことがわかる。これら他産業部門からの参入は、単なる投機的な参入にとどまるものではなく、製紙産業による医用ディスポーザル製品の創出や、重電機産業による多様な核医学装置および医用電子機器の開発、航空宇宙産業およびコンピュータ産業による宇宙探査技術の生命維持装置・患者監視システムへの転用など、実用化段階に入った新たな医療機器の生産と導入を伴う過程であった³⁰⁾。American Home Supply 社会長 H. K. DeWitt は、『フォーチュン』誌とのインタビューで次のように語っている。「疾病の治療が複雑になるにつれて、医療機器も複雑化している。コバルトマシン、ペースメーカー、白内障手術のための冷凍手術用品、人工心臓、人工心臓弁、マイクロスコープ手術のための備品などは、10年前には考えられもしなかったも

28) 営業費用に対する償還額は、原価（人件費、材料費、管理費等）に（1＋適正報酬率）を乗じて与えられる（reasonable costs）。

29) 資本関連費用償還制度は、減価償却費と発行済債権の利子費用に対して費用償還を行うもので、償還額は、総資本関連費用X総入院患者に占めるメディケア・メディケイド患者の割合で与えられる。なお、病院建設・設備高度化に対しては、1946年病院調査・建設法（ヒル・パートン法）に基づく補助金制度も別に整備された。ただし補助金交付制度は1970年代に州免税債を通じた資金調達制度へと切り替えられ、病院の資本費調達は、メディケア資本費用償還を除き、債券市場に大きく依存することになった。Cohodes, D. R., B. M. Kinkead, *Hospital Capital Formation in the 1980s*, The Johns Hopkins Univ. Press, 1984. なお利払い義務の発生は、病院閉院や営利団体への転換・株式市場からの短期資金調達といった問題を後に引き起こす一要因となる。

30) 例えば1967年当時、GE 社や Westinghouse 社は、患者監視装置、腎臓透析器、血液自動分析器、事務用コンピュータの製造・販売を開始した。また表にあげていないが、宇宙飛行士の遠隔操作心臓計測装置のように医療に応用をはたすことで、Lockeed 社や United Aircraft 社も患者監視・生命維持装置の分野で市場参入した。形成期にあったコンピュータ産業も進出しており、1969年のアメリカ病院協会第71回大会の場で Motorola 社や IBM 社が出店している。

第3表 医薬品および医療機器の年次別出荷額

出荷額 (百万ドル)	1960年	1970年	1980年	1990年	1994年
医 薬 品	2,772	6,778	19,873	47,832	68,289
うち 輸 出 額	275	420	1,966	5,050	7,565
うち 輸 入 額	26	87	904	3,884	6,966
医 療 機 器	748	1,916	10,210	28,139	39,047
うち 輸 出 額	67	169	1,664	5,793	8,836
うち 輸 入 額	5	33	595	3,675	5,013
医用電子機器	—	—	2,416	6,662	9,864
うち 輸 出 額	—	—	839	2,401	3,807
うち 輸 入 額	—	—	312	2,283	2,439
輸 出 超 過 額					
医 薬 品	249	333	1,062	1,166	599
医 療 機 器	62	136	1,069	2,118	3,823
医用電子機器	—	—	527	118	1,368
伸び率 (年平均, %)	1960-70年		1970-80年		1980-90年
医薬品出荷額	14.5		19.3		14.1
医療機器出荷額	15.6		43.3		17.6

注：医薬品には検査試薬等も含まれる。

医用電子機器は、X線機器（SIC3844）と医用電子機器（SIC3845）との合計。

出所：U. S. D. C., *Industrial Outlook*, 各年度版より作成。

第4表 病院における技術的構成の高度化

	1957年	1960年	1970年	1980年	1990年
病 院 数 (地域病院)		5,407	5,859	5,830	5,384
病 床 数 (千床)		639	848	988	927
入 院 費 用 (一日当たり, ドル)	26.02	32.23	81.00	281.42	901.41
入 院 費 用 (一件当たり, ドル)	198	245	669	2,126	6,533
常勤雇用労働者数 (千人)		1,598	2,537	3,492	4,063
人 件 費 総 額 (百万ドル)	2,516	3,499	11,421	43,283	109,112
人 件 費 比 率 (%)	60.47	62.30	58.39	56.32	53.57
病 院 資 産 総 額 (百万ドル)	8,805	10,858	26,674	87,252	239,769
一病床当たり資産 (ドル)	14,810	16,991	31,446	88,277	258,551

注：地域病院とは、私立および州・地方政府立の、短期一般・専門病院（精神病院は除く）を指す。

出所：American Hospital Association, *Hospital Statistics*, 各年度版より作成。

のだ」³¹⁾。

3 診療過程の変革と医師による統轄の後退

1965年社会保障法によって購買能力を付与された病院は、開発された新たな医療機器を積極的に導入した。1960年代後半から70年代の時期

にかけて、病院における技術集積が一気に進行したのである。第4表は、1960年から90年までの地域病院における技術的構成に関する諸指標を整理したものである。本表からは、人件費比率が傾向的に低落する反面で病院資産が膨張し、また入院費用も著しく高額化したことが読み取れる。病院の技術的構成が高度化し、医療行為がより高額化したのである。

31) Meyers, *op. cit.*

診療過程への機械の導入は、主として検査および診断過程ですすんだ³²⁾。ワッセルマン反応、尿検査、血球計算、X線検査等の各種検査法が確立し病院検査施設の利用が開業医にとって不可欠となったことは既に述べたが、しかし検査には多くの人員と時間とが必要であった。自動検査機械の登場は、検査過程を一変する。例えば血液検査では、血球数を勘定するために多くの時間と人手が必要であったのが、血液自動分析装置の導入によって、多目的の検査がごく短時間でなされるようになった。そして検査時間の短縮が患者回転率を向上させ収益増をもたらすかぎり、病院は検査機器を積極的に導入した。

検査過程が機械化され、多種多様な検査が短時間で可能になるにつれて、問診よりも検査が重視されるようになった。長時間の問診を希望する患者に対しては割増料金を請求することが通例化した³³⁾。さらに、検査機械の発達は診断のマニュアル化をも促した。短時間で大量の検査数値を解析する必要から、国立衛生研究所が刊行した診断指針などに依存する傾向が強まり、また指針に基づく診断および治療行為が多くの州で医療過誤訴訟の免責条項とされることで、医療過誤訴訟に対するいわゆる「防衛医療」のためにも診断の「自動化」が進行した。医師の精神的技能の中核をなす診断が検査機械に客体化され、個々の医師の職能的経験に基づく判断が空疎化しはじめたのである。

32) 技術論の視角から医療機械化問題を整理したものとして、川上武『技術進歩と医療費』勁草書房、1986年、および上林茂暢『先端医療』講談社現代新書、1989年を参照。

33) 『メディカル・エコノミクス』誌には、「初診料」「問診や簡単な検査」「コンサルテーション」等のカテゴリー毎に、料金と併せて所要時間も掲げられ、「コンサルテーション」など長時間におよぶ問診では料金もより高額に設定された。野村拓「20世紀医療史第33回：1960年代の医療費」『月刊保団連』No. 556, 1997年11月, 52-53ページ参照。問診時間に応じた料金請求は現在まで続いており、初診料は10分から60分まで、再診料は5分から40分までの5段階で料金が設定され、コンサルテーションは20分から110分の5段階で設定されている。再診料を例に取ると、一番安い5分は26-36ドル、一番高い40分では122-156ドルの範囲で料金請求されるという。日医総研「医療費国際比較」97年12月、参照。

検査機械に代表される新たな労働手段の創造は、それを駆使する能力たる新たな技能を生み出し、新たな専門職種の創出を導いた。アメリカ医師会が1960年代に認定したもののだけで、細胞技術士、呼吸器療法士、検査技師、放射線療法技師、核医学技師、医療助手 (medical assistant) の六つの医療職種が新たに登場している³⁴⁾。これらの医療職種は、看護婦と同様に病院に雇用される。管理部門における分業は先に述べたが、いまや診療部門でも分業に基づく協業が進展し、彼等を統括することが病院管理者にとって課題として意識されはじめた。

病院が第二の技術集積の画期を迎えている間、開業医の側でも大きな変化が生じていた。第5表が示すように、1950年代から70年代にかけて、専門医としての開業する医師が急増し、家庭医・一般内科・産婦人科など、一般医として開業する医師数を上回るまでになったのである。専門医学会そのものは、1916年の眼科、1924年の耳鼻科に続いて、1930年代には十三の専門医学会が結成されている³⁵⁾。しかし専門医学会の会員といえども、その大部分は一般医を標榜して開業していた。ところが1950および60年代になると、先に述べた医学の細分化と医学教育における専門医養成の重視を背景として、多くの医師が専門医として開業しはじめた。個々の医師が診療科目毎に分割された医師労働の一部分だけを担うようになると同時に、診療所もまた専門科診療所として機能分化していったのである。プライマリケアを提供する診療所が減少することで、地域住民はいまや各専門医の診療所を転々としなければならなくなった。

34) American Medical Association, *Allied Health Education Directory*, 1993. なお訳語は、野村拓「20世紀医療史第29回：冷戦構造と技術革新」『月刊保団連』No. 544, 1997年5月, 50-51ページによった。

35) 1930年代に結成された専門医学会は以下の通り。産婦人科学会 (1930年)、皮膚科学会 (1932年)、小児科学会 (1933年)、放射線学会 (1934年)、精神・神経医学会 (1934年)、整形外科学会 (1934年)、結腸・直腸外科学会 (1934年)、泌尿器科学会 (1935年)、病理学会 (1936年)、内科学会 (1936年)、麻酔学会 (1937年)、形成外科学会 (1937年)、外科学会 (1937年)。

第5表 専門開業医の増大

開業医数(人)	1949年	1960年	1970年	1980年	1990年	1996年
現役医師数合計	191,577	247,257	310,845	414,916	547,310	643,955
プライマリケア合計	113,222	125,359	115,822	146,093	183,294	216,446
一般医・家庭医	95,980	88,023	57,948	60,049	70,480	78,910
一般内科医	12,453	26,209	39,924	58,462	76,295	92,321
小児科医	4,789	11,127	17,950	27,582	36,519	45,215
内科・小児科専門医	—	—	2,817	14,949	27,434	39,315
専門医数	78,355	121,898	195,023	268,823	364,016	427,509
全医師に占める割合(%)	1949年	1960年	1970年	1980年	1990年	1996年
プライマリケア合計	59.1	50.7	37.3	35.2	33.5	33.6
一般医・家庭医	50.1	35.6	18.6	14.5	12.9	12.3
一般内科医	6.5	10.6	12.8	14.1	13.9	14.3
小児科医	2.5	4.5	5.8	6.6	6.7	7.0
内科・小児科専門医	—	—	0.9	3.6	5.0	6.1
専門医	40.9	49.3	62.7	64.8	66.5	66.4

出所：DHHS, *Health, the United States*, 1998, p. 325, Table 102, より作成。

専門医化はまた、グループ・プラクティスの結成をも促した。グループ・プラクティスに加わる医師が全医師数に占める割合は、1959年の5.2%から69年には12.8%、そして79年には25%へと着実に増加している。グループ・プラクティスにおいては、数名の中堅専門医たちが所有者および管理者として、若年医師たちと雇用契約を取り結ぶことが一般的である（Professional Corporation）。医師によって開設・運営されるとはいえ、グループ・プラクティスを通じて、多くの若手医師は被雇用者として馴致されていく。

専門医化の進展はまた、一般開業医を組織母体とするアメリカ医師会の組織率低下をもたらした。アメリカ医師会に加入する医師の割合は60年代後半から70年代にかけて大幅に減少し、1965年の75%から76年には45%へと、10年間で30ポイントもの減少をみた。

病院の技術集積と専門医としての開業とは、診療過程に対する従来の統轄のあり方を動揺させずにはおかない。多くの医師が開業専門医として参加するようになるにつれて、病院の医療スタッフ組織は明確な位階制・管理系統を欠

いた、各診療科目の単なる寄せ集めへと変容していく。しかし労働分割と協業が大規模化するにつれて、診療部門においても指揮・監督・媒介といった管理機能が強化されざるをえない。他方で個々の開業医の側でも、精神的技能の剝奪と労働分割とによって、かつて有していた医師労働の総体性を喪失してゆく。開業一般医による診療過程の統轄は後退し、各専門医診療所あるいは病院の各診療科目ごとに統轄者が分散する医療供給体制が現出したのである。

III 医療政策の転換とヘルスケア・システムの台頭

1 医療政策の転換

医療財政支出の構造は、1980年代に大きな転機を迎えることになった。アメリカ産業の国際競争力に対する懸念を背景として医学研究支出が明確に産業政策の中に位置づけられるとともに、また財政再編の観点から社会保障支出が抑制されはじめたのである。

医学研究面では、産官学協同研究体制の構築が促された。国立衛生研究所の外部委託研究は大きな伸びを見せ、なかでも研究目的や成果の

面により政府統制色の強い契約方式（コントラクト）が増えている。国立研究施設の内部研究であっても、1986年技術移転法（Technology Transfer Act of 1986）によって、研究成果が積極的に民間企業へ移転されることになった。また全米科学財団（National Science Foundation）も、産官学協同での研究プログラムを開始している。

産業界との連携によって、大学の医学研究も変化を被り、基礎研究から短期的な研究成果が要求される応用・開発研究へと重点を移動させている。合衆国政府による知的所有権の強調もあって、バイオテクノロジー技術やヒト・ゲノム（遺伝子情報）研究が隆盛を極めていたが、1976年の Genentech 社を皮切りに、大学での研究成果で特許を取得し起業家へと転身する医学研究者までもが登場した³⁶⁾。また、先の第1表では民間企業による医学研究支出の急増が示されているが、民間企業とりわけ医薬品企業をスポンサーとする医学研究の増加は研究の性格に対する疑義をよび起こし、「利害の葛藤」（Conflicts of Interests）として医学雑誌でも取り上げられはじめた³⁷⁾。

36) 従来、大学での研究成果は学会や学会誌に発表され、特許や使用権は大学に帰属するものとされていた。1980年代における医学研究の問題点については、Blumenthal, D., et al., "Industrial Support of University Research in Biotechnology," *Science*, 231, 1986, pp. 242-246, Blumenthal, D., et al., "University-industry Research Relationship in Biotechnology," *Science*, 232, 1986, pp. 1363-1366, 上林茂暢「アメリカの医療産業複合体—その現状と問題点（下）」『社会保険旬報』第1158号, 1986年11月, 17-18ページなどを参照されたい。1991年には当時国立衛生研究所研究員であったクレイグ・ベンチャーが人間の遺伝情報で特許を出願し、ヒトゲノム・ベンチャー企業の設立ラッシュの先鞭をつけた。『日本経済新聞』1998年7月6日。なお合衆国の知的所有権強化政策に関しては、坂井昭夫『日米ハイテク摩擦と知的所有権』有斐閣, 1994年参照。

37) とくに医薬品企業の助成を受けた医薬品費用効果分析が懸念され、『ニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』誌は論文掲載を制限する指針を他誌に先駆けて発表した。Relman, A. S., "New 'Information for Authors'-and Readers," *The New England Journal of Medicine*, 323, 1990, p. 56, Kassirer, J. P. and M. Angell, "The Journal's Policy on Cost-effectiveness Analysis," *The New England Journal of Medicine*, 323, 1990, p. 56.

医療機器の分野では、1960-70年代の検査機器の開発に続いて、80年代には治療用の医療機器が新たに実用化された³⁸⁾。例えば、レーザー技術を用いた白内障手術装置や超音波結石破碎装置などは、自動化段階には達していないものの、侵襲度合を低減することで、診療過程を変革する役割を果たした。医薬品および麻酔術の進歩による術後管理の安定化も寄与して、胆嚢摘出や盲腸切除、白内障手術などは日帰り外科手術施設で行われるのが一般的となり、1992年以降は、病院外での外科手術件数が病院内での外科手術数を上回るまでになっている³⁹⁾。外科手術の他、検査やリハビリテーションも次第に日帰り型ないし通院型医療施設に代替される傾向にあり、病院の入院患者数や病床稼働率は1980年代を通じて大きな減少をみせた⁴⁰⁾。

1965年社会保障法によって構築された医療市場拡大の枠組みもまた、1980年代に転換を迫られることになった。1980年には連邦政府歳出の76%が義務的支出となり、また医療支出がそのうちの12.5%を占めていたことから、社会保障制度（OASDHI）なかでも公的年金制度とメディケアとの改革が財政再建の要とされたのである。

メディケア改革の主要内容は、病院医療費償還制度を総括原価方式から疾病群別定額支払制（PPS/DRGs）へ切り替えることであった⁴¹⁾。

38) 331, 1994, pp. 669-670.

38) これら治療機器の革新もまた、かつての検査機器と同様、軍事研究との密接な関わりを有している。例えば、医用レーザー技術はレーガン政権が推進した戦略防衛構想（SDI）の成果でもある。

39) 独立検査施設や日帰り外科手術施設の設定ブームは、一部の開業医とくに外科医をも巻き込んで進行している。いわゆる「企業家的医師」である。医師が自らの患者を自分の出資する施設に紹介することは、幾つかの州で社会問題となり、医療界の内部からも非難の声が上がった。しかしアメリカ医師会は、利害関係を患者に開示することを要求するにとどまっており、「企業家的医師」の活動を容認している。

40) 地域病院における平均病床稼働率（occupancy rate）は、1975年の75%から、90年66.8%、96年61.5%へと減少している。病院に関する各種利用度の推移に関しては、American Hospital Association, *Hospital Statistics*, 各年度版を参照されたい。

41) PPS/DRGsのものは、エール大学とエクイタブル生命保険会社との共同研究によって開発された。

総括原価制から定額支払制への移行は、病院の経営余剰獲得に対する制度的保障の解体を意味する。しかし、メディケア改革法案に対しては、教育病院や宗教系病院の団体が一部反対したとはいえ、アメリカ病院協会はこれに賛同し、医師会は専門医間の対立のために統一の見解を打ち出せなかった⁴²⁾。そのためメディケア改革は、米国厚生省が改革案を発表してからわずか四ヶ月でレーガン大統領が署名する運びとなり、1983年社会保障法の一部として成立した。そして1983年社会保障法が導入した医療費定額支払制度は、民間医療保険においてもその後急速に採用され、病院経営に対して変革を強制する⁴³⁾。

42) 定額支払制導入の経緯に関しては、大道九「DRG 償還システム (上)」『週刊社会保障』No. 1262, 1984年, 8-11ページが整理されている。また各団体の立場に関しては、下院 Way and Means Committee, Subcommittee on Health の1983年2月14日, 15日の公聴会議事録を参照されたい。同公聴会では、アメリカ病院協会、アメリカ病院連盟 (営利病院の業界団体)、アメリカ精神病院協会、全米公立病院連盟、ブルークロス・ブルーシールド協会、アメリカ看護婦協会、病院会計士協会、医療保険協会、医療機器協会、各州の保険局、さらには Washington Business Group on Health (ビジネス・ラウンド・テーブルが1981年に各地域に設置した医療政策作業部会のひとつ) や AFL-CIO, アメリカ退職者協会からも代表が送られたが、アメリカ医師会は同公聴会に代表を送っていない。1935年社会保障法あるいは1965年社会保障法の審議時と比べると、医師会の政治力の後退は甚だしい。

43) 定額支払制度導入後、財政法を通じて償還額が抑制されたため、多くの病院でメディケアが不採算化した。S. H. Altman の経済合同委員会における1992年6月17日の発言資料によると、メディケア収益率の平均は、施行直前の84年には14.2%であったのに対し、86年9.9%、88年3.0%と下落を続け、89年以降はマイナスを記録、91年はマイナス6.8%に落ち込んでいる。メディケアでの赤字を補填するために、病院は民間医療保険会社に対して上乗せ請求を行った。しかし民間医療保険の購入者である企業の側も保険料負担の抑制・低減を保険会社に迫りはじめた事で、上乗せ請求が困難な管理医療型医療保険が産み出された。HMO (Health Maintenance Organization), PPO (Preferred Provider Organizations), POS (Point-Of-Service) 等の管理医療型医療保険では、被保険者に対する自由診療が制限される一方で、いわば患者を保障する見返りとして定額支払方式 (人頭払い制) や価格引き下げが病院や医師に要求される。管理医療は、1980年代末から1990年代にかけて急速に普及し、メディケアとともに医療経営に大きなインパクトを与えている。

2 病院合併の伸展と医療関連産業へのインパクト

病院利用率が低下し医療費償還額が抑制されることで、病院は、非常な経営困難に直面した。当初はメディケア定額支払制や管理医療の及ばない外来診療科目の新規開設によって収益確保を図ったが、1990年代にはいり外来部門までもが償還額の抑制対象に組み込まれたため、病院は、事業再編と財務体質強化とを目的とした他病院の買収・提携に着手した。『モダンヘルスケア』誌の調査によると、1994年から97年の四年間に、2800の病院が、866件の合併・買収契約を取り結んでいる⁴⁴⁾。また、何らかの親組織に所属する病院は、これまでは営利病院や宗教系病院 (主にカトリック)、公立病院に限られていたのに対し、いまや非宗教の非営利病院までもがチェーン化されはじめ、その数は1997年に約600病院である。営利病院や宗教系病院を含めると2000以上の民間短期病院が何らかの親組織に所属しており、この数は公立病院を除く全地域病院の半分に相当する。ただし非宗教・非営利病院同士の合併・提携は比較的近隣地域に立地する病院間でなされ、それゆえ親組織もまた営利病院 (ヘルスケア・システム) や宗教系病院の組織に比べると小規模である⁴⁵⁾。

財務体質の強化と病院合併による経営規模拡大とを反映して、病院の管理組織が拡充され、管理者の権限が強化されている。上級管理職・管理補助職の人員は1983年から93年の十年間で倍増し、純粋に管理部門に属する費用は病院財務の25%を占めるまでになった⁴⁶⁾。病院管理職

44) *Modern Healthcare*, Jan. 12, 1998, p. 40. 統計的連続性を保つために、94年から97年の数字をあげた。各年でみると、94年は184件650病院、95年は230件735病院、96年は235件768病院、97年は217件627病院である。

45) *Modern Healthcare*, May 25, 1998, p. 46. 親組織の開設者区分毎に傘下病院数をみると、1996年では、営利チェーン830病院、非営利チェーン1,142病院 (うちカトリック459病院、その他宗教系病院123、非宗教非営利560病院)、合計1,972病院がチェーンの傘下にある。病院数1,972は、同年の地域病院数 (公立病院を除く) 3,804の51.8%に相当する。また、一チェーンあたり平均病院数は、営利75.5病院、非営利7.6病院 (カトリック12.1病院、その他宗教7.2、非宗教非営利5.9病院) である。

46) 地域病院における常勤管理職種数は、1983年の28,805人から93年には57,811人へと倍増している。同時期のノ

の養成制度も整備され、病院管理学認定委員会 (Accrediting Commission on Education for Health Service Administration) によって認可された修士課程は全米の60大学に設けられている。病院経営幹部の多くは、今では修士課程の修了者である。

病院の経営管理面で注目すべきは、情報システムの構築が急速にすすんだことである。経営規模拡大に伴い財務・会計や備品管理、患者情報などを一元的に管理する必要性が高まったために、管理者達は各種経営情報の電算化とイントラネット構築に積極的に取り組みはじめた。1997年に行われた病院管理者に対する設備投資内訳のアンケート調査によると、情報システム関係の予算は資本費・運営費の合計で約80億ドル、病院予算全体の2-3%を占めており、設備投資内訳では情報関連投資が28%を占め、医療機器投資の26%を上回ったといわれている⁴⁷⁾。

情報システムが診療過程に与える影響として注目される点は、治療記録の電算化である。治療記録が電算化され、分析可能な状態で保存されることは、医療行為の定型化・標準化の前提条件をなすからである。すでに病院は、保険会社と共同で、費用の観点から医療行為を比較分析しはじめており、また、糖尿病や喘息など、長期にわたる投薬治療が必要とされる慢性疾患に関しては、医薬品企業と共同で疾病管理 (Disease Management Program) の実用化に取り組んでいる⁴⁸⁾。

買収や提携を通じた病院の経営規模拡大は、医療関連産業の動向にも大きな影響を与えている。

第一に、病院の合併・買収は医療機器製造業や流通業の集中を促した。医療機器産業では、従来、多様な製品市場が絶え間なく産み出され、したがって特定の製品のみの特化した製造業者が平均して1500社あまり存在していた。しかし病院業での統合とコスト管理強化をうけて、いまや Hewlett Packard 社や GE Medical 社といった大手医療機器メーカーは、医療機関が必要とするあらゆる製品を揃える事業戦略——ワン・ストップ・ショッパー——を開始し、医療機器製造業の集中を主導しはじめた。これら大手メーカーは、単に製品の販売にとどまらず、機器の賃貸や更新 (upgrade) さらには保守・点検サービスの提供も行いはじめ、例えば GE Medical 社では設備の更新と保守・点検サービスが最大の収益部門になっている。さらに、病院側における共同購入事業に独占的に参加することで、大手医療機器製造企業は流通業界の集中と再編をも促している⁴⁹⁾。

第二に、病院の合併ないし提携は、しばしば経営諸業務の統合と外注化を伴うことから、業務受託を事業目的とする多様な業務代行産業の創出にも寄与している。清掃、洗濯、給食業はすでに1960年代にはホテル業やファーストフード業の受託事業となっていたが、1990年代にはいると、会計・法律・経営コンサルティング・情報処理などの管理部門、検査や薬局部門、さらには臨床部面ですら代行企業が誕生している。

、常勤職員数全体の伸びは1.18倍に過ぎず、言語療法士 (2.30倍)、メディカル・アシスタント (2.10倍) に次ぐ高い伸び率である。DHHS, *Health, the United States*, 1998, p. 327, Table 104. また Medicare Cost Report を用いた病院費用の分析に関しては、Woolhandler, S., D. Himmelstein, and J. P. Lewontin, "Administrative Costs in U.S. Hospitals," *The New England Journal of Medicine*, Vol. 329, 1993, pp. 400-403 参照。

47) *Modern Healthcare*, Feb. 17, 1997, pp. 112-126. また80億ドルという数値は、アメリカ病院協会の病院費用集計額から算定した。AHA, *Hospital Statistics*, 1996-97.

48) Lutz, S., *Med Inc.*, Jossey-Bass Publishers, 1998, pp. 133-149, 162-183. なお医療行為の定型化・標準化への動きの前段をなすものは、医療界内部の自発的な同僚審査 (Peer Review) を除けば、1972年社会保障法ノ

、が設立したメディケア PSRO (Professional Peer Review Organization, 83年社会保障法によって PRO; Peer Review Organization に改組された) である。スターは、PSRO を評して、「医療標準が現実化するように支援する試みの……端緒である」と述べている。Starr, P., "Medicine and Waning of Professional Sovereignty," *Daedalus*, Vol. 7, p. 189. しかしメディケア PSRO は、大量の文章資料を蓄積したとはいえ、比較分析が非常に困難であった。

49) 共同購入事業 (Group Purchasing Organization または Alliance; 連合体) の現状に関しては、拙稿「合衆国医療産業複合体の再編成」『医療経済研究会会報』第56号、1996年、11-32ページを参照されたい。

管理部門に対しては巨大会計事務所やコンピュータ関連企業が資本参入しており、薬局部門では薬局経営管理業のほか、Merck 社などの大手医薬品企業が PBM (Pharmacy Benefit Managers) の買収を通じて投薬行為全般の管理業務を手がけはじめています。臨床部面をみると、PPM (Physician Practice Management) が1990年代にはいり急速な成長をみせ、医師を派遣し病院から診療業務を請け負っている⁵⁰⁾。

3 ヘルスケア・システムの台頭と地域医療の再編

他病院の買収や情報システム投資は、病院の資金調達方法に変革を迫るものである。これまで、病院の多くが税法上非営利病院として扱われ、経営余剰と州免税債を主要資金源として設備投資や事業拡大を行ってきた。しかし経営余剰が縮小し債券市場からの資金調達が困難化するなかで、企業形態をとる営利病院 (investor-owned hospitals) に買収され、あるいは自ら営利病院に転換して、株式市場からの資金調達をはじめる非営利病院も現われた⁵¹⁾。株式

市場からの資金調達が可能であるという点で、企業形態をとる病院が競争優位を発揮しうることになったのであり、それゆえに病院経営会社の業界団体であるアメリカ病院連盟は、1983年社会保障法に対して積極的な賛成を表明したのである。

とはいえ、1970年代に成長した病院経営会社もまた、従来の医療費償還制度に依拠しつつ、個人所有病院のチェーン化による管理費用や医療機器・消耗品の費用削減を達成していたにすぎず、傘下の病院を有機的に連関させることはなかった⁵²⁾。それゆえ、通院型医療施設によって病院の機能が代替されはじめ、またとくに1983年社会保障法を画期に入院費用抑制政策が開始されたことによって、チェーン化手法の限界を露呈してしまう。株価暴落と投機筋による敵対的買収に直面する中で、病院経営会社もまた事業再編を迫られたわけであり、この再編過程を経て新たに台頭した医療経営体が、ヘルスケア・システム (healthcare systems) である⁵³⁾。

ヘルスケア・システムは、機能分化した医療施設を有機的に再結合 (integrate) することによって形成された、複合的な医療経営体である。短期病院を拠点事業とする最大手企業の Columbia/HCA 社を例にとると、1997年の営業収益188億ドル、総資産額220億ドルを誇る巨大企業であり、医師75000名を含む28万人を雇用している。同社の事業は、大きく次の三部門に区分できる。第一に病院部門で、短期一般病院数336および精神病院18を所有し、病床数の合計は約6万床に及ぶ。一日あたり平均入院患者数は26000人で、部門収益は約120億ドルであ

50) 同上論文参照。なお PPM に関しては、MedPartners 社や PhyCor 社などに代表される、開業医やグループ・プラクティスを組織して診療所ベースで活動するタイプ (プライマリケア重視型と専門診療科目特化型とがある) が多いが、Coastal Physician Group 社や In-PhyNet Medical Management 社など、医師派遣業から出発したために、自らは診療所をもたず、はじめから病院施設の利用を前提としたものも存在する。また診療所ベースの PPM でも、入院が必要な患者の場合は、契約病院に紹介している。

51) 「営利」「非営利」に関するこれまでの研究では、少なくとも医療経営体を対象としたものに関しては、アカウントビリティの観点からする分析が主流であった。Gray, B., *Profit Motive and Patient Care*, Harvard Univ. Press, 1990. Schlesinger, M., "Misleading the Consequences of Ownership: External Experience and the Comparative Performance of Public, For-Profit, and Private Nonprofit Organizations" in *Private Action and the Public Good*, ed. by Powell, W. W. and E. S. Clemens, Yale Univ. Press, 1998. しかしこのアプローチでは、「営利」「非営利」の違いが統計的有意性を持つほどには明確に現われず、また「営利化」の理由を解明する事もできない。筆者は、「営利」「非営利」の区別は税法に規定された様々な違い、特に資金調達手法における違いに求めるべきであると考えている。したがって「営利化」とは、資金調達先の転換を目的とした、税法上の団体区分の変更であると理解している。ただしアカウント

ビリティからのアプローチは、その多くが公衆衛生学者によるものであることから分かるように、株式市場依存による短期的な収益極大化が地域医療にもたらす悪影響を射程に納めている点で、重要な意義を持つものである。

52) 当時の大病院経営会社の経営的特質に関しては、Shortell, S. M., E. M. Morrison, B. Friedman, *Strategic Choices for American Hospitals: Managing Change in Turbulent Times*, Jossey-Bass Publishers, 1990 参照。

53) 1980年代末から1990年代初頭の時期における病院経営会社の事業再編過程の経緯に関しては、拙稿、前掲論文を参照されたい。

る。第二に外来医療部門では、日帰り外科手術施設や通院型リハビリテーション施設等145施設を所有し、約60億ドルの部門収益をあげている。第三に在宅医療部門である。在宅医療事業は完全子会社 Columbia Home Care Group 社によって運営されているが、施設数は550で、部門収益は約10億ドルである。Columbia/HCA 社は、事業戦略として「包括的サービスの構築」を掲げており、三事業部門の連携によって入院・外来・リハビリ・在宅長期ケアから構成される体系的な医療提供を行っている⁵⁴⁾。

施設リハビリテーションを事業拠点として急成長をとげた HealthSouth 社もまた、同様の事業戦略を策定している。同社は、リハビリ病院126、検査施設・手術施設・リハビリ施設などの各種外来型医療施設1569を所有する外来医療施設経営の最大手企業である。1997年の営業収益は30億ドル、総資産は54億ドルで、雇用労働者数は55000人である。同社は、外来検査部門、外来手術部門、外来リハビリ部門、そして入院リハビリ部門の四部門に事業を区分した上で、「統合サービスモデル」という経営理念のもとに各部門の連携と収益獲得を追求している。

二社の事例に典型的に示されているように、ヘルスケア・システムの基本的な事業戦略は、検査・入院からリハビリテーションに至る体系的な医療提供を行うことである。ヘルスケア・システムは、施設間で患者の流れを創出し、診療過程の各局面で収益を獲得することによって、収益極大化を図っているのである⁵⁵⁾。

ところで、医療要求が本来的に住民自身と不可分であり、したがって住民の生活領域と不可分である以上、医療供給体制は地域医療を基礎的単位として編成されざるを得ない。医療施設間の連携を通じて地域住民のより一層の取り込みを追求するヘルスケア・システムもまた、病院チェーンの段階と比べて地域的固定制という性格を強く帯びざるをえない。第6表は、Columbia/HCA 社の事業拠点である短期病院の立地状況をまとめたものである。同表からは、Columbia/HCA 社の病院がサンベルトに集中的に立地していることがわかる。州別でみると、テキサス州、フロリダ州、テネシー州の三州に所有病院の半数近くが立地している。また州内に存する全地域病院に対する同社の比率は、フロリダ州で25.9%に達しており、以下、テネシー州の22.4%、テキサス州の16.3%と続いている。またこれらの州の内部においては、各都市を網羅するかたちで病院が開設されており、外科手術やリハビリを行う外来施設群が各病院と連携している。そこでヘルスケア・システムの事業戦略とは、より具体的には、地域医療を単位として医療施設の有機的連関を創出することといえる。

この事業戦略に導かれて、ヘルスケア・システムは、いまや非営利病院の買収に着手した。ヘルスケア・システムの業界団体であるアメリカ・ヘルスケア・システム連盟⁵⁶⁾も非営利病院の買収を業界の戦略として明確に打ち出している。直接の買収事例のみで1996年には65件の買収が行われたが、形式的に経営の自立性を残す

54) 同社の annual report より。ただし在宅医療部門に関しては、1997年8月の Value Health 社買収と連動して、売却する方針が出されている。売却方針の直接的な背景は、97年6月に創業者を含めて役員会が大幅に入れ替えられ—最高経営責任者には Hospital Corporation of America 社の創業者、Thomas First, Jr. が就任した—新たな経営戦略が模索された渦中に、政府監査によって「メディケア患者の一回の訪問につき6ドルから15ドルの不当な利益を得ている」と指摘されたことを指摘できる。Lutz, S., *Columbia/HCA-Healthcare on Overdrive*, McGraw-Hill, 1998, pp. 133-137, 149-150.

55) S. M. Shortell もまた、今後の医療経営体のあり方として、医療を体系的に提供する、「組織された医療提

供システム」(Organized Delivery Systems)の構築を目指すべきであると主張している。Shortell, S. M., et al., *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems*, Jossey-Bass Publishers, 1996. また最近の合衆国医療産業全体の動向に関しては、荒木謙「米国ヘルスケア産業のダイナミズム」『財界観測』野村総合研究所, 1998年2月, 54-97ページに詳しい。同論文は、ヘルスケア・システムの事業戦略を「インテグレートド・デリバリー・ネットワークの構築」と特徴づけている。

56) Federation of American Healthcare Systems は、アメリカ病院連盟 Federation of American Hospitals—病院経営会社の業界団体—が名称変更したものである。

第6表 Columbia/HCA 社所有病院の地域別立地

	立地数	構成比(%)	州別立地病院数 (カッコ内は病院数)
東 北 部	5	1.50	
ニューイングランド	5	1.50	MA(2) NH(3)
中部大西洋岸諸州	0	0.00	
中 西 部	30	9.01	
中部北東諸州	22	6.61	IL(8) IN(2) OH(12)
中部北西諸州	8	2.40	KS(4) MO(4)
南 部	253	75.98	
南部大西洋岸諸州	109	32.73	FL(55) GA(20) NC(7) SC(5) VA(15) WV(7)
中部南東諸州	53	15.92	AL(9) KY(12) MS(2) TN(30)
中部南西諸州	91	27.33	AR(3) LA(20) TX(68)
西 部	45	13.51	
山岳諸州	26	7.81	AZ(4) CO(8) ID(2) NM(2) NV(2) UT(7) WY(1)
太平洋岸諸州	19	5.71	AK(1) CA(15) OR(2) WA(1)
全 米 合 計	333	100.00	

上位五州への集中度 (%)

州 (カッコ内は病院数)	累積 (%)
TX(68)	20.4
FL(55)	36.9
TN(30)	45.9
GA(20), LA(20)	58.0

出所：Columbia/HCA, *Facilities List*, 1997, より作成。

場合もあり、実態はさらに多いと推測せざるをえない。

しかし個人の財産である営利病院の買収とは異なり、非営利病院の買収は地域社会の根強い抵抗に直面せざるをえない。というのも、非営利病院は地域慈善病院 (community voluntary hospital) として、地域の名望家層の寄附によって開設されたものにせよ、第二次大戦後の連邦政府からの補助金助成⁵⁷⁾によって開設されたものであるにせよ、所有者を持たない、地域

社会 (community) の共有財産ないし社会的インフラストラクチャとして地域住民に認知されているからである。それゆえヘルスケア・システムは、所有権の帰属をめぐる紛争や住民感情に対処するために、予防活動や無償・低額医療の提供などを地域に確約し、あるいはこうした活動を行う各種財団を設立するのが通例である。アメリカ・ヘルスケア・システム連盟もまた、パンフレット等を通じた説得活動を試みている。例えば1997年に発行されたパンフレット『医療市場の変化に対応した病院の所有形態』をみると、7つのコミュニティを事例に、ヘルスケア・システムの進出が地域内雇用の創出と地方政府歳入の増加との二面で地域経済に貢献していること、さらに無償ないし低額の慈善医療提供や予防活動への取り組みなどを通じて地

57) 1946年の病院調査建設・建設法、通称「ヒル・パートン法」のこと。同法の適用対象は非営利病院に限られる。なお同法は、1974年国家医療政策・資源開発法に吸収され、86年に廃止されるが、70年代においてすでに病院開設や設備投資のための資金調達に債券市場に大きく依存する構造へと変化しており、同法の意義は低下していた。注9参照。

域住民の健康に貢献していることなどが強調されている⁵⁸⁾。

非営利病院の買収とならんで、開業医もまた買収に直面している。

1980年代以降、医師は、独立した開業医として存続することが非常に困難となった。病院勤務医として病院に雇用される医師は着実に増加し、1975年には病院の常勤スタッフは2万人、レジデント・インターンと合算しても65000人しか勤務医はいなかったのに対し、1996年の常勤スタッフ数は倍増の45000人となり、インターン・レジデントと合わせて13万5千人に達した。病院勤務医の増加率、特に常勤スタッフの医師数の増加率は、同期間の医師数増加率を50%以上うまわる伸びを見せたのである。またグループ・プラクティス化も著しい伸展をみせ、1996年には、二人以上のグループ・プラクティスに参加する医師は全医師の60%を占めるようになり、五人以上で32%、十人以上のグループでも16%の医師が参加するまでになっている。こうした状況を踏まえて、アメリカ医師会の医療サービス評議会議長 W. F. Fogarty は、「医療の世界に身を置こうとするものは皆、医療を取り巻く環境の激変を理解し、自分で自分のボスになることがもはや困難であるということ」を認識しなければならない」と語っている⁵⁹⁾。

ヘルスケア・システムは、非営利病院とならんで、このグループ・プラクティスをも買収の対象としている。グループ・プラクティスの買収件数は増加の一端をたどっており、1994年に969グループ、7000名の医師が買収され、95年

には1825グループ、1万名以上が買収された。1997年時点で、3000以上のグループ・プラクティスがヘルスケア・システムの傘下におかれている。そしてこれら買収された診療所や専門医によって、ヘルスケア・システムの外来医療施設部門が担われることになる⁶⁰⁾。こうしてヘルスケア・システムは、地域独占体として地域医療に対する支配力を高め、自らの利害に適合的な医療供給体制の構築をすすめている。

とはいえ、地域に密着することは、リスクが増すことでもある。ヘルスケア・システムが、事業の基準を収益性に求め、それゆえ当該地域の全住民に対する包括的な医療提供を目指す存在では決してない以上、住民の医療要求との矛盾が顕現せざるをえないからである。それゆえヘルスケアシステムは、地域の住民及び医師の取り込みを通じた収益極大化と並んで、遠隔医療やインターネット問診技術の開発にも積極的に取り組んでいる。情報通信産業や医療機器産業と連携しつつ医療の地域的固定制を相対的に克服する試みは緒についたばかりであるが、新たな事業戦略の方向として今後も注目する必要がある。

60) *Modern Healthcare*, May 25, 1998, p. 44. なお、1990年代後半には、他の診療所やグループ・プラクティスの買収を通じて、巨大な診療所経営会社も新たに登場してきた。注52でも触れた PPM (Physician Practice Management) である。PPM は、グループ・プラクティスとは異なり、その経営者が医師以外の者であることが多い。PPM 最大手二社の経営者は、ヘルスケア・システムと密接な関わりを有する人間である。PhyCor 社の創業者、Joseph Hutts は、1977年から86年まで Hospital Corporation of America 社で勤務し、HCA 社の子会社である HCA Health Plans 社と Equicor 社との社長に就任している。業界最大手の MedPartners 社の創業者、Larry House もまた、7年間 HealthSouth 社に勤務していた。医師以外の者による診療所経営を禁止する州が多いため、PPM の多くは、診療所の建物・医療機器を買収したうえで、開業医あるいはグループ・プラクティス (professional corporation) の長と四十年の長期診療契約を取り結ぶことが多い。PPM は現時点では開業医の5%を組織するに過ぎないが、今後急速に成長する可能性がある。またヘルスケア・システムと提携する PPM もあり、例えば MedPartners 社は、ヘルスケア・システムのひとつ、Tenet 社と診療契約を取り結んでいる。PPM の現状に関しては、Lutz, S., *op. cit.*, pp. 31-57 に詳しい。

58) なお非営利病院側も、近隣病院間の提携や連合体 (Alliances) への参加を通じて、ヘルスケア・システムの進出に対抗している。二大連合体のひとつ Voluntary Hospitals of America のパンフレットによると、フロリダ州の6地域における Columbia/HCA 所有病院と非営利病院との比較では、前者が必ずしも費用抑制的ではなく、また慈善医療もわずかしこ提供していないことが示されている。VHA, *Comparison of Community-owned Not-for-profit Hospitals and Columbia/HCA Facilities*, 1995.

59) Lutz, S., *op. cit.*, p. 34.

すでに1970年代において各診療科目の雑多な集合体へと変質していた病院は、80年代以降の多様な外来型医療施設の簇生によって、経営的にも分解しはじめた。病院合併や情報システムの構築を通じて病院経営の再建がすすめられているが、この過程は同時に、管理者による一元的な病院管理組織の創出過程でもある。企業形態をとる医業経営体は、その資金調達能力を活かして機動的に対応し、自らをヘルスケア・システムとして再生した。ヘルスケア・システムのシステムたるゆえんである医療施設間の有機的結合は、その基底に、管理者の統轄下における各診療科目の再結合——クリニカル・インテグレーション——を据えている。こうしてヘルスケア・システムは、医療提供の体系化を武器に、今度は地域医療供給体制の再編を主導しはじめたのである⁶¹⁾。

おわりに

20世紀初頭の時期に形成された開業一般医による診療所・病院双方における診療過程の統轄は、1970年代における病院の技術集積と専門医

化とによって、統轄権限の所在が各専門医に分散する医療供給体制へと変容した。しかし1980年代以降、医師以外の者の手によって診療過程が再結合され統轄される段階へと突入しつつあり、ヘルスケア・システムがその先進的な存在である。統轄主体をめぐる医療産業複合体論の理論的対立は、医療産業の異なる発展段階をそれぞれ静態的に把握することから生じたといえる。

この意味で、ヘルスケア・システムによる医療支配の構図もまた、不変のものではありえない。むしろヘルスケア・システムの台頭が象徴することは、医療供給体制が次第に株式市場の影響下におかれ、医師はもとより、医療企業体の経営者達の思惑をも超えた無政府的な変動によって、大きく左右されるものへと変質しつつあるということである。本稿では、医療保険産業も含めて、金融市場からの膨大な資金の流入が及ぼす影響について分析することができなかったが、この点に関しては今後の検討課題としたい。

61) 地域医療供給体制の再編に関しては、管理医療とくにHMOの動向にも留意しなければならないが、しかし巨大生命保険会社といえども、現状ではIPA (Independent Practice Association) 形態のHMOを設立するにとどまっている。例えば医療保険業最大手のAetna U.S. Healthcare社は、1990年代初頭にプライマリケア医の組織化を手がけたが、採算面でうまく行かず、97年に事業をMedPartners社に売却した。